les Urgences psychiatriques et soins infirmiers

Qu'est ce que l'urgence psychiatrique ?

- *L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée, il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de son entourage ou du médecin. Elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique.*
- *L'urgence psychiatrique recouvre trois grandes catégories d'états pathologiques :*
- *Les urgences psychiatriques pures par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation).*
- *Les urgences mixtes : manifestations organiques et psychiatriques : (tentatives de suicide ; délirium-trémens).*
- *États aigus transitoires : réactions émotionnelles intenses…*

Qu'est ce la crise ?

- **La crise** : elle se situe en amont de l'urgence.

  En général, c'est une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins…) ; c'est un état instable qui se résout exceptionnellement de manière positive ou évolue au contraire vers l'urgence médicale, psychiatrique ou mixte.

  De la qualité de la réponse peut dépendre, en partie, l'évolution de la situation et ses répercussions sur l'environnement familial, professionnel et social.

- **Réponse à la crise :**

  La grande majorité des urgences psychiatriques arrive dans les services d'urgences des centres hospitaliers.

  Le plus souvent le patient se présente seul, ou accompagné par sa famille, ou adressé par un médecin.

  Les troubles rencontrés sont dans l'ordre : les tentatives de suicide, les états dépressifs et anxieux, l'alcoolisme et les toxicomanies, les états d'agitations, les psychoses et démences ne représentant qu'un faible pourcentage.

Quelques données



- 650 services d’urgences en France

- 13 400 000 admissions en 2003

Parmi ces admissions

- 50 – 75 % traumatique
- 20 – 30 % enfants
- 10 – 20 % sujets âgés

18 – 25 % sont hospitalisés éventuellement dans une « UHCD »

La psychiatrie aux urgences de l’HG

10 % des consultations aux urgences présentent des manifestations **psychiatriques**

Les urgences psychiatriques

- 2,5 – 10 % des urgences
- 10 – 15 % des hospitalisations en UHCD
- Âgé 25 -50 ans
- 50 % ont des antécédents psychiatriques

Mission de l'équipe psychiatrique

- Sa mission est celle définie par la loi :

« Accueil et réponse spécialisée en terme de prise en charge de l'urgence psychiatrique, offrir une possibilité d'hospitalisation de courte durée afin d'engager un traitement ou permettre une meilleure gestion de la crise en collaboration avec l'entourage du malade (famille, médecin traitant, Centre Médico-psychologique Adulte, Centre Médico-psychologique enfants…).

  - *Accueillir toutes personnes se présentant aux urgences en état de souffrance psychique*
  - *Apporter une réponse à la demande urgente dans la situation de crise vécue*
  - *Soulager et comprendre*
  - *Orienter et informer les personnes en fonction de leur demande et de l'évaluation faite*
  - *Soutien des familles / entourage*

Rôles et objectifs de l’équipe psychiatrique

- Apporter une réponse à la demande urgente : gestion des états de crise quelque soit l’âge. Observation et mise à distance des moments aigus permettant une meilleure orientation vers un projet thérapeutique évitant le recours aux hospitalisations en milieu spécialisé.
- Instaurer un traitement thérapeutique, et organiser une stratégie de soins
- Proposer une conduite thérapeutique et en surveiller la pertinence pendant une hospitalisation brève
- Affiner les indications d’hospitalisation. Dépister les troubles et y apporter une réponse thérapeutique et mieux orienter
- Prendre « le temps » nécessaire à la compréhension de la pathologie et de la réponse à donner
- Améliorer la permanence des soins
- Démêler l’organique du psychique
- Évaluer la répercussion des prises en charge sur le nombre de tentative de suicide (instauration de rendez-vous de post-urgence)

Intervention en urgence ou post-urgence immédiate

- Temporalité propre au sujet
- Respect de l'intimité de la personne et de la confidentialité
- Écoute contenante
- Lien avec l'entourage
- Préparation d'une prise en charge au-delà si nécessaire

UHCD

- Certaines ≤24 H, d'autres jusqu'à 72 H
- Dans 60 % des services d'urgences en France
- « indications Ψ » :
  - Préparation au retour au domicile et lien pour suivi Ψ ultérieur
  - Surveillance clinique suivi d'un avis Ψ
  - En attente d'un lit d'hospitalisation hors UHCD

Communication entre différents intervenants



Étiologies :

- Psychiatrique

- « Organique » (confusion mentale)

- Toxique (psycho stimulants, autres)

Pratiques et approches thérapeutiques très variées…

Pathologie organique et troubles mentaux

25 % des diagnostics de pathologie Ψ sont organiques

Étiologies :

- Métabolique (tyroïde, cortisol…)
- Iatrogène (médicaments)
- Neurologique : (épilepsie, méningo-encéphalites, tumeurs cérébrales, démence)
- Infectieuse (VIH, fièvre)

Problèmes rencontrés

- Tentative de suicide : 25 -30 %
- Addictions : 25 %
- Troubles du comportement : 20 %
- Décompensation psychiatriques : 20 %
- Dépression : 15 %
- Autres : Troubles des conduites alimentaires, maltraitance, viol, abus…

La gestion de la crise



Problèmes rencontrés

- Difficulté de cohabitation Ψ /ϕ
- Sociaux/familiaux du patient
- HDT (tiers avec relation perso. Antérieure à la demande)/HO
- Refus de soins/sortie CAM
- Banalisation
- Mauvaise PEC (pas de structure adaptée, compétences spécifiques…)
- confidentialité

Conflit de temporalité

- Le temps de l'institution
- Le temps du médecin des urgences (de l'UHCD)
- Le temps du psychiatre
- Le temps de(s) infirmier(s)
- Le temps du patient
- Le temps de la famille du patient
- Le temps du trouble psychiatrique
- Le temps de la pathologie somatique
- Le temps du problème social
- Le temps interinstitutionnel



La charge de travail et le partage des compétences



Bonne connaissance

des rôles,

des possibilités et

des limites de la prise

en charge

des différents intervenants

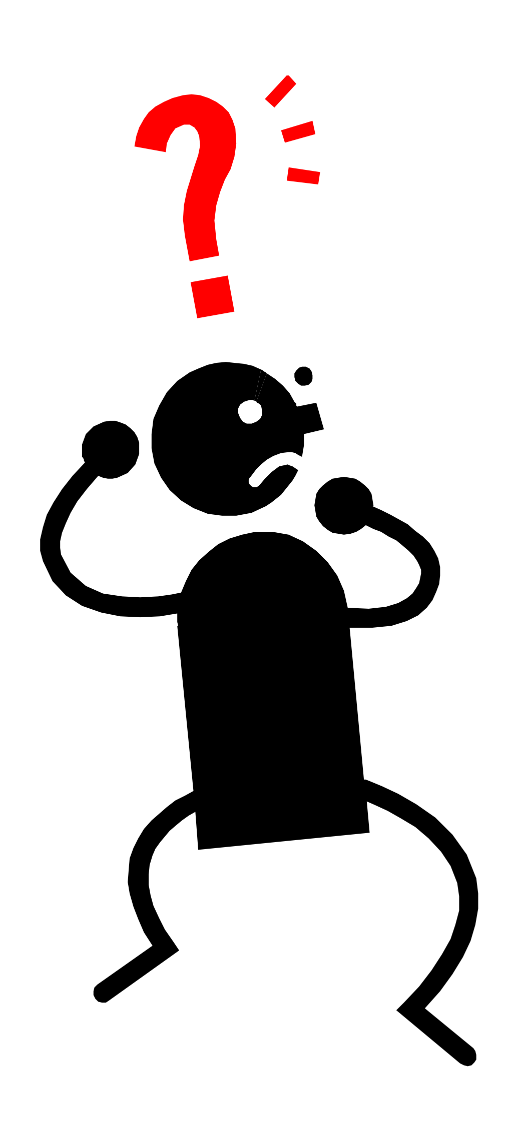
Harmonisation entre les différents savoir-faire



Solutions possibles

- Formations spécifiques
- Valorisation du travail Ψ –social
- Convention avec établissements Ψ
- Accessibilité aux CMP et aux Ψ libéraux
- Recommandations
- Recherche

Conduite à tenir face à



- Tentative de suicide
- État d'agitation
- Autres urgences Ψ

États d’agitation
(Trouble du comportement aigu)

Symptomatologie :

- Agitation motrice
- Agressivité, impulsivité
- Psychotique : hallucinations,
  désorganisation,
  délire non systématisé…

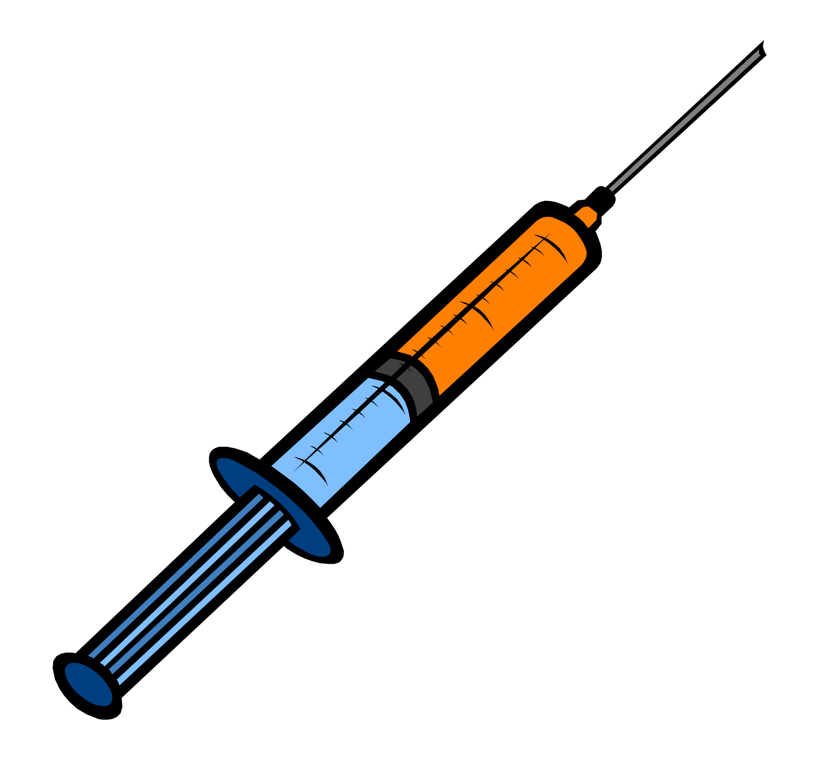
Approche dimensionnelle / catégorielle (BDA, manie…)

Prise de décisions

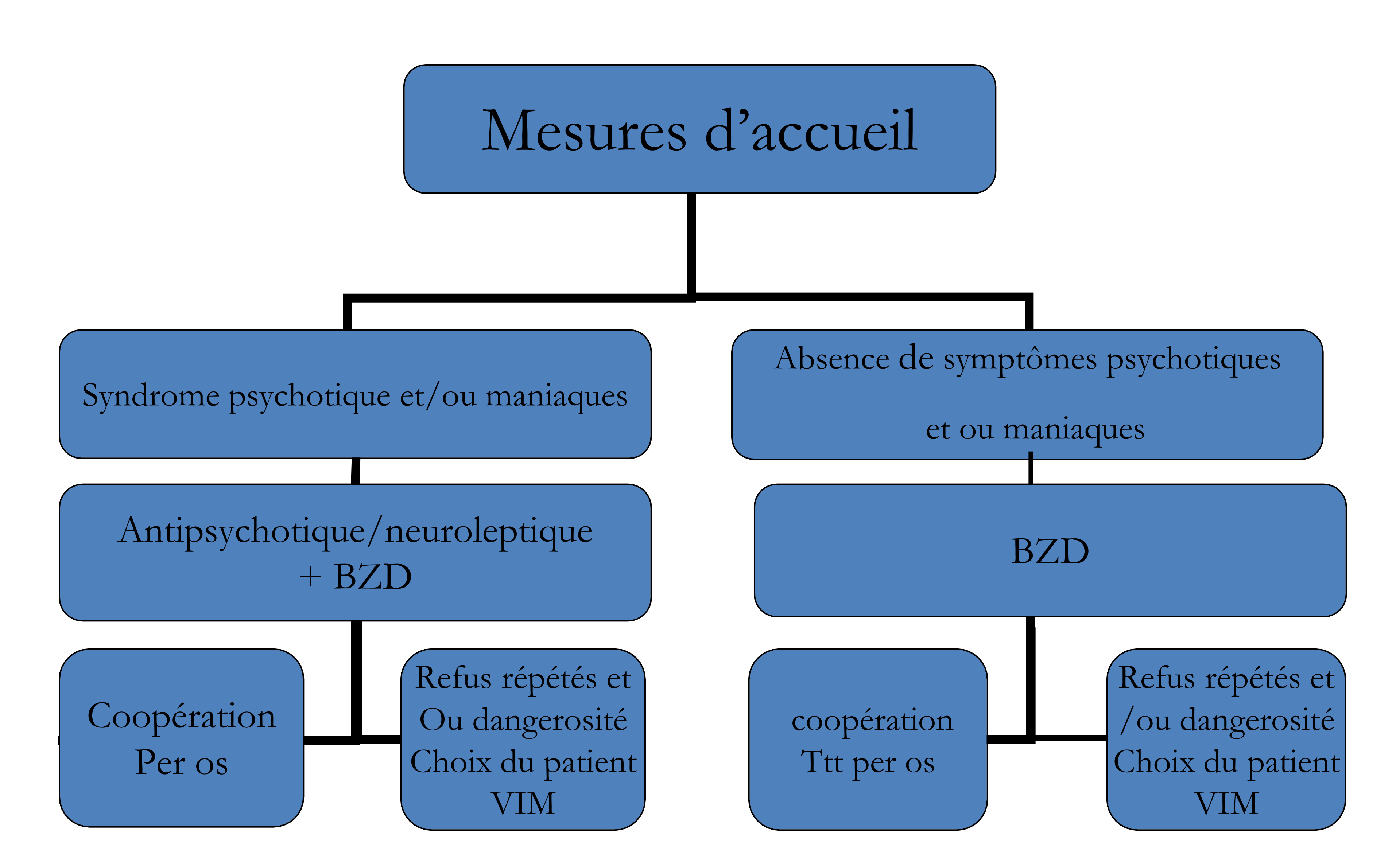


La voie intramusculaire

- Refus répétés
- Dangerosité
- Choix du patient



État d'agitation



Tentative de suicide

- 200 000 / an aux urgences
- 10 – 20 % font une nouvelle TS dans l'année
- 40 % font une nouvelle TS dans la vie
- 1 % Décès par nouvelle TS dans l'année
- 50 % sans prise en charge psychiatrique aux urgences

Spécificités liées au sexe

	Hommes	Femmes
TS	4	10
Acceptation se soins spécifiques	2	10
PEC Ψ	1	10
Troubles lié à l'usage de subst. Ψ active	5	1
Sd psychotique	3	1
Troubles anxieux	1	3
Type de TS les + fréquentes	Pendaison, arme à feu	Médicaments + alcool

Prise en charge des tentatives de suicide

- Gravité
- Temps somatique (TS médicamenteuse, TS par phlébotomie)
- Fréquence
- Recommandations (même interlocuteur, lits de crise, après crise) pas toujours applicables
- Intention suicidaire (éch . De Beck, autres)
- Écoute (temps)
- Facteurs de risque
- Éthique /Croyance/place de l'humain (facteurs de protection, résilience)

Prévention

- Primaire : « capteurs de souffrance psychique » famille, pairs, soignants.

- Secondaire :

  approche dimensionnelle : TS

- Tertiaire :

  qualité du premier contact : fondamental pour amorcer un suivi, préparation à une PEC ultérieure

Syndrome dépressif

- Facteurs de gravité
- Risque suicidaire
- Adhésion aux soins
- Contenance familiale, sociale
- Antécédents Ψ

LE RISQUE SUICIDAIRE

Points clés

- Il est important de ne jamais négliger le risque suicidaire, même si plusieurs tentatives de suicide antérieures ont été inoffensive. Toute idée suicidaire est potentiellement un suicide en cours de réalisation.
- Un suicide réussi est toujours possible, quels que soient les motifs invoqués, les moyens employés et l'intensité des désirs de mort.
- La fréquence des tentatives de suicide chez une même personne ne doit pas être banalisée. Elle signifie une souffrance nécessitant un minimum de prise en charge psychothérapeutique.
- Toute tentative de suicide expose à la répétition.
- 10 % des sujets ayant fait une tentative de suicide finissent un jour par se suicider.

- La menace de suicide représente une ultime tentative de communication : le passage à l’acte survient lorsqu’il n’y a plus possibilité de « passage à la parole » (c’est-à-dire la possibilité de verbaliser).
- Les équivalents suicidaires, trop souvent méconnus, sont à prendre en considération de la même façon qu’un suicide : toxicomanie, alcoolisme, automutilation, conduites à risque répétées…
- Des contre attitudes négatives de la part du médecin ou des soignants peuvent aggraver une situation, voire précipiter un passage à l’acte suicidaire.

Appréciation du risque suicidaire

- Analyser les facteurs suivants :
  - Sens et signification symbolique du passage à l'acte suicidaire.
  - Contexte relationnel et réactions de l'entourage à la tentative de suicide.
  - La valeur cathartique du geste suicidaire (apaisement des tensions, modifications symptomatologiques si dépression, appel aux autres…)
  - L'existence d'un trouble psychiatrique par exemple, d'un syndrome dépressif et/ou d'une personnalité pathologique, de symptômes psychotiques.
  - Le facteur solitude.

Les éléments de co-morbidité

- Apprécier le risque suicidaire repose sur la recherche et l'analyse :
  - De l'existence ou non d'un syndrome dépressif majeur
  - De l'état somatique : retentissement d'une dépression, de maladie grave
  - Des antécédents personnels de passage à l'acte impulsifs
  - Des antécédents familiaux de suicide ou tentative de suicide
  - De l'état de détresse situationnelle (socio-économique, familial, conjugal…) avec événements vitaux graves et conflits relationnels
  - Du mode d'évocation du désir de suicide et l'existence d'un projet précis
  - De l'existence d'un « syndrome pré suicidaire » (idées obsédantes de mort, repli affectif et exacerbation de l'auto agressivité)
  - Du facteur solitude
  - De l'échec des précédentes prise en charge thérapeutique

Suicides et troubles psychiatriques

	Tentatives De suicide	Caractéristiques essentielles
Dépression	+++	Évaluer le risque suicidaire
Mélancolie	++++	Suicides gravissimes, parfois « altruistes »
hystérie	+++	Se méfier de l'impression d'inauthenticité des menaces. Rôles de l'entourage ++, syndrome dépressif associé fréquent.
Névrose obsessionnelle	+	Obsession de mort très fréquente. Lutte anxieuse contre les phobies d'impulsions. Peu de passage à l'acte
Crises suicidaires névrotiques	++	Impact symbolique et demande de communication. Facteurs extérieurs souvent déclenchants.
États limites	++++	Impulsions suicidaires majeures. Toxicophilies. Prises en charge difficiles. Équivalents suicidaires. Récidives
Psychoses délirantes aigues	+++	Onirisme. Confusion. Syndrome d'influence. Imprévisibilité. Conviction délirante.
Personnes âgées	+++	Troubles somatiques associés. Désespoir. Démence au début / Mélancolie d'involution.

	Tentatives de suicides	Caractéristiques essentielles
schizophrénie	+++	Contact froid et hermétique. Gestes graves. Fréquence élevée. Sensibilité à l'environnement familial et thérapeutique. Troubles dysthymiques fréquemment associés. Gestes souvent liés à une activité délirante ou lors de la dépression post-psychotique (prise de conscience du « vide psychotique », ou la dissociation.
Délires chroniques	+	Lors des paroxysmes délirants. Trois sentiments dominent : « holocauste, fuite, vengeance »
psychopathie	++	L'agi tient lieu de moyen de communication. Manipulations habituelles. Toxicophilie associée
Alcoolisme chronique	++	Les conduites d'alcoolisation augmentent le risque suicidaire (quels que soient les autres troubles). Fréquence des dépressions associées. Fréquence important durant le sevrage. Raptus suicidaire en cas d'ivresse pathologique.
Pathologie de l'adolescence	+++	Réorganisation de la personnalité, idées de mort, déterminants ludiques et initiatiques.
Personnes âgées	+++	Troubles somatiques associés. Désespoir. Démence au début/mélancolie d'involution.

Conduite à tenir

- Nécessité d’hospitaliser si :
  - Mélancolie
  - Schizophrénie (bizarrerie, discordance).
  - Idées délirantes.
  - État dépressif majeur.
  - Sujet âgé (surtout si isolé).
  - Isolement affectif.
  - Mauvaise observance des prescriptions/auto médication.
  - Refus de toute prise en charge en ambulatoire.
  - Ambiance familiale très pesante, dramatisations
  - Difficultés sociales ou événements de vie douloureux de survenue récente.
    - Le recours à l’article L.3212 du code de la Santé Publique est nécessaire en cas de refus d’hospitalisation.

- Éviter l’hospitalisation si :
  - L’entourage affectif est de qualité, compréhensif, présent et mobilisable
  - Ambiance est dédramatisée, la crise mise à distance
  - Bon contact et réponses positives au soutien psychothérapique
  - Instauration d’un traitement anxiolytique et/ou sédatif
  - Globalement bonne critique du geste, adhésion aux offres de soins.

Le rôle infirmier aux urgences psychiatriques

- Accueil des patients ; repérage rapide de l’état physique et psychique.
  - Récupération et prise de connaissance des dossiers des patients au poste de soins des urgences.
  - Transmission avec l’équipe somatique des urgences autour des patients à voir.
  - Recherche d’une éventuelle antériorité de prise en charge aux urgences, pour ajuster au mieux le premier contact et envisager un abord relationnel.
  - Consultation de l’agenda : rendez-vous de post urgences, rendez-vous en liaison afin de prévoir l’organisation de la journée.
  - En fonction des priorités demandées ou repérées : organisation de l’emploi du temps.
  - Instauration d’une relation adaptée au patient.
  - Appel à l’entourage si nécessaire en vue de préparer l’entretien médical.

- **Accueil et accompagnement du patient pendant un passage aux urgences**

L'urgence psychiatrique est le résultat d'une impossibilité du contexte social et familial à répondre à une souffrance psychique. Elle est l'aboutissement d'une « crise » qu'il est indispensable de définir afin de mieux cerner le pourquoi et le comment de l'accueil de cette urgence.

La famille, le couple ou l'institution ne parvient plus à la surmonter seul, estimant une intervention extérieure indispensable.

– Entretien dans le bureau ou dans le box des urgences suivant l'état du patient : les patients trop somnolents seront préférentiellement vus en box. Établissement d'une relation d'aide dans un cadre thérapeutique, repérer les antécédents psychiques et physiques significatifs, savoir utiliser les différentes techniques relationnelles : écoute, recherche d'alliance thérapeutique, évaluation, réassurance, reformulation, synthèse.
– Cet entretien sera individuel ou collectif suivant les besoins.
– Proposition de solutions et mise en œuvre.
– Surveillance des agitations, des risques de fugues en préservant l'individualité du patient, le respect psychique et physique.
– Prescription et administration d'un traitement chimiothérapique selon les cas.

La prise en charge :

- Pour tout patient se présentant aux urgences :
  - accueil du patient et ou de son entourage.
  - Intervention de l’équipe de psychiatrie à la demande du médecin des urgences.
  - Entretien d’accueil
  - Définition du cadre de la prise en charge et des solutions proposées
  - Information du patient et/ou de son entourage
  - Mise en œuvre de cette prise en charge
  - Application de la prescription médicale
  - Soins somatiques, en fonction des compétences et en collaboration avec l’IDE et le médecin urgentiste.
  - Surveillance somatique, effet du traitement médicamenteux
  - Évaluation des besoins en nursing, dépôt des valeurs, si besoin,
  - Écrits sur le dossier papier des urgences
  - Saisie informatique des observations infirmières et médicales et des actes
  - Transmission avec l’équipe somatique
  - Utilisation de la fiche de liaison infirmière dans tous les liens avec les institutions concernées
  - Orientation des patients pour les suivis extérieurs et transmissions à ces partenaires.

- Collaboration avec le médecin urgentiste :
  - Application de la prescription médicale
  - Surveillance en collaboration avec l’IDE
  - Contact avec la famille si accord du patient,
  - Liaison avec le réseau médico-social du patient,

Orientation du patient :

- Sortie du patient : pas d'hospitalisation :
  - liaison avec :
    - la famille
    - le réseau de soins et médico-social
  - Organiser la post-urgence, si besoin (celle-ci ne peut excéder quelques rendez-vous).
  - Orientation sur prise en charge extérieure
  - Lien avec les partenaires sollicités dans la prise en charge ultérieure.
  - Négociation des modalités de retour du patient dans son contexte de vie. (taxi, famille…).

- Hospitalisation du patient
  - Dans l'unité d'hospitalisation :

    L'admission du patient est décidée par le médecin psychiatre.
    - Transmission des données et du dossier des urgences concernant le patient à l'équipe de l'unité d'hospitalisation.
    - Accompagnement du patient dans l'unité d'hospitalisation et présentation de l'équipe d'hospitalisation.
  - Dans un service de l'hôpital de Rambouillet :
    - Transmission des données concernant le patient : données insérées dans le dossier des urgences qui suit le patient lors de son hospitalisation dans un autre service de l'hôpital
    - Prévision d'un rendez-vous de liaison dans le service d'hospitalisation afin de poursuivre le suivi psychiatrique.

- <u>HOSPITALISATION EN SERVICE SPECIALISE</u>
  - <u>Hospitalisation en service libre :</u>
    - Rechercher un lit d'hospitalisation et relais avec le médecin du service ou de garde : l'hospitalisation peut avoir lieu en clinique psychiatrique ou sur l'établissement de secteur du patient.
    - Information du patient
    - Liens avec la famille et les réseaux
    - Préparation du transfert du patient
    - Transmission à l'équipe des urgences
    - Transcription des données dans le dossier.
    - Saisie des statistiques médicales.

- Hospitalisation à la demande d’un tiers :
  - Rechercher un lit d’hospitalisation sur le secteur du patient, en cas de manque de lit sur le secteur concerné c’est à celui-ci de trouver une place sur l’établissement de secteur ou sur un autre établissement habilité à recevoir une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.
  - Établissement des certificats médicaux en collaboration avec l’urgentiste pour le 1er certificat.
  - Recherche du tiers et établissement de la demande d’hospitalisation.
  - Information du patient et/ou de son entourage.
  - Entretien et soutien au tiers.
  - Constitution du dossier d’accompagnement : certificats médicaux, demande de tiers/photocopie des papiers d’identité, résultat d’examen, double de l’examen somatique, courrier du psychiatre…
  - Surveillance et organisation du transfert
  - Rédaction des comptes-rendus et saisie des statistiques médicales

- En hospitalisation d’office :
  - Vérification de la conformité du certificat médical et de l’arrêté provisoire d’hospitalisation d’office
  - Contact avec le service de référence du patient pour annoncer l’hospitalisation.
  - Surveillance et organisation du transfert dès que l’état du patient l’autorise

- **Contacts extérieurs :**
  - Réponses aux appels téléphoniques extérieurs de patients ou de professionnels :
  - Dans toutes situations, il sera privilégié un travail en réseau avec les partenaires médico-socio-éducatifs présents sur le secteur et susceptibles d’intervenir dans les situations de crise ayant motivé le passage aux urgences. Ce travail de collaboration a pour objectif une meilleure coordination des soins, une meilleure qualité de prise en charge afin de garantir un maintien sur l’extérieur dans des conditions optimums.

L’entretien infirmier aux urgences

accueillir, comprendre, rassurer et orienter

- L’entretien infirmier aux urgences vise à démêler les problématiques et à trouver une solution à court terme.
  - Avec qui ?
    - Le médecin psychiatre ou seul
    - Le patient seul ou avec sa famille/entourage
  - Où ?
    - Dans un bureau quand l’état du patient le permet
    - Dans un box d’urgence, lorsque celui-ci présente les conditions de confidentialité.
  - Quand ?
    - Quand l’état du patient le permet : un patient sédaté ou trop endormi par une absorption médicamenteuse : entretien non fiable.
    - Quand on sait que l’entretien se déroulera dans de bonnes conditions (de temps, d’ambiance…)

- Comment ?

  L’entretien infirmier vise à prendre connaissance de l’histoire du patient et de la crise qui l’a mené aux urgences.

  Il vise à établir une relation de confiance, une empathie, une écoute et une réassurance qui permettra aux patients une libération de la parole et des émotions.

  L’entretien est un échange : le patient peut se raconter librement, l’infirmier aide à cette expression en posant des questions et orientant le discours afin de collecter des informations qui lui permettront de comprendre et de proposer une réponse à la crise

il permet de collecter les informations suivantes :

1- comment le patient est venu aux urgences, le motif de sa venue

2- son mode de vie (personnel, familial (deuil,conflit…), professionnel, social)

3- ses antécédents personnels (maladie, antécédents de dépression ou de tentative de suicide)

4- ses antécédents familiaux (maladie, suicides, dépressions, troubles psychiques, tentatives de suicide)

5- l’histoire de la maladie (si antériorité de troubles psychiques : traitement, hospitalisations, suivi…)

6- l’histoire de la crise actuelle (déroulement, but…)

7- recherche des symptômes (dépressif, délire…)

Analyse et synthèse de l’entretien :

A la fin de l’entretien, la collecte des éléments précités permet d’être en mesure d’énoncer les symptômes, d’en dégager une présomption diagnostique et de proposer une aide thérapeutique et une orientation.

Cette proposition d’orientation tiendra compte des symptômes relevés, des éléments de co-morbidité et de l’entourage du patient (mobilisable ou non) ainsi que de l’adhésion du patient à la proposition énoncé.

En toute circonstance :

- on informe le patient de tout ce qu'on fait, du sens et du but des propositions.
- On pose (et on ose le faire) toutes questions susceptibles d'apporter un éclairage à la situation (dans le respect du patient).

- On recherche son adhésion et son accord.
- On tient informer sa famille ou ses proches (avec son accord).
- On tient compte de son propre ressenti vis-à-vis du patient (de son histoire et de son discours).
- On ne banalise, ni ne minimise aucune situation.
- On ne fait pas l'économie d'une question ou d'un geste ou d'un appel téléphonique aux personnes susceptibles d'aider à la compréhension de la situation (médecin ou psychiatre traitant).

- L'entretien repose sur trois valeurs :

respect, empathie, écoute.